

A.S.L. BI – Sede Comitato Zonale

PUBBLICAZIONE TURNI VACANTI
DI ATTIVITA' SPECIALISTICA AMBULATORIALE A.S.L. BI

*

INCARICO A TEMPO INDETERMINATO
(Art. 21 A.C.N. Medici Specialisti del 31.03.2020)
INCARICO A TEMPO DETERMINATO
(Art. 22 A.C. n. Medici Specialisti del 31.03.2020)

3° TRIMESTRE 2022

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 20 c. 3 dell'A.C.N. dei Medici Specialisti Ambulatoriali Interni ed altre Professionalità del 31.03.2020, si pubblicano sul Portale Internet dell'Azienda Sanitaria Locale di Biella al percorso Menù/Lavora con noi/Medici Convenzionati, dal giorno **01 SETTEMBRE 2022 FINO AL 15 SETTEMBRE 2022** i seguenti turni vacanti:

A.S.L. BI – BIELLA

INCARICO A TEMPO INDETERMINATO (Art. 21 A.C.N. 31/03/2020)

NEUROLOGIA: n. 9 ore settimanali da espletarsi presso il Poliambulatorio di Cossato, in giorni ed orari da concordarsi;

ODONTOIATRIA: n.13 ore settimanali da espletarsi presso la Casa Circondariale di Biella, in giorni ed orari da concordarsi;

ORTOGNATODONZIA: n. 12 ore settimanali da espletarsi presso il Presidio Ospedaliero in giorni e orari da concordarsi;

OSTETRICIA E GINECOLOGIA: n. 18 ore settimanali così suddivise:

- **n. 9 ore** presso il Consultorio di Biella in giorni e orari da concordarsi;
- **n. 9 ore** presso il Consultorio di Cossato in giorni e orari da concordarsi;

INCARICO A TEMPO DETERMINATO (Art. 22 A.C.N. 31/03/2020)

MEDICINA DEL LAVORO: n. 8 ore settimanali a tempo determinato per n. 6 (sei) mesi, eventualmente rinnovabili per ulteriori 6 (sei) mesi, da espletarsi presso il Presidio Ospedaliero dell'A.S.L. BI di Biella in giorni ed orari da concordarsi, per far fronte alle necessità determinate da un incremento temporaneo delle attività, dovuto alla carenza di personale medico dipendente. **Si precisa che il Sanitario al quale verrà assegnato il suddetto incarico deve essere in possesso dell'iscrizione all'Elenco Nazionale dei Medici Competenti presso il Ministero della Salute.**

I.N.A.I.L. – BIELLA

INCARICO A TEMPO INDETERMINATO (Art. 21 A.C.N. 31/03/2020)

ORTOPEDIA: n. 10 ore settimanali da espletarsi presso l'I.N.A.I.L. – Sede di Biella, in giorni ed orari da concordarsi.

I Medici Specialisti aspiranti all'incarico di cui sopra, dovranno, ai sensi degli art. 21 e art 22 del suddetto Accordo, **comunicare** la propria disponibilità, con lettera raccomandata A/R o posta certificata (ufficio.protocollo@cert.aslbi.piemonte.it) a:

A.S.L. BI via Dei Ponderanesi n. 2 - 13875 Ponderano (BI)
Sede Comitato Zonale Medici Specialisti Ambulatoriali
dal 01/09/2022 al 15/09/2022

I moduli per la comunicazione della disponibilità a ricoprire l'incarico a tempo indeterminato/determinato e l'autocertificazione informativa sono allegati al presente bando e devono essere completati obbligatoriamente in ogni loro parte.

La domanda di disponibilità non è valida – e pertanto costituisce motivo di esclusione – se alla stessa non viene allegata fotocopia del documento d'identità (art. 38, comma 3, DPR 445/2000).

L'avente diritto all'attribuzione del turno sarà individuato attraverso l'ordine di priorità stabilito dall'art. 21 e 22 dell'A.C.N. 31/03/2020.

L'ASLBI con sede legale in Via dei Ponderanesi n. 2 – 13875 Ponderano (BI), PEC: ufficio.protocollo@cert.aslbi.piemonte.it, in qualità di Titolare del trattamento fornisce informazioni ai candidati/interessati con riguardo al trattamento dei dati personali conferiti nell'ambito della partecipazione a selezioni e concorsi pubblici. Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n.679 del 2016 in materia di protezione dei dati personali e in attuazione del D.lgs. 101 del 2018, i dati conferiti (dati personali comuni: nome, cognome, luogo e data di nascita, residenza, codice fiscale, documento di riconoscimento, dati di contatto, titoli di studio e di servizio, iscrizione nelle liste elettorali, informazioni inerenti il nucleo familiare, etc.; categorie particolari di dati personali: eventuali disabilità, anche solo temporanee, etc. dati giudiziari: eventuali condanne penali, iscrizione nel casellario giudiziale, etc.) saranno trattati per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri ed esclusivamente per le finalità della presente procedura come meglio dettagliato nell'informativa "ICP – Informativa per i partecipanti a concorsi e selezioni"

Il Responsabile per la protezione dei dati personali (RPD) o Data Protection Officer della SLALOM S.R.L. è contattabile all'indirizzo di posta elettronica: dpo@slalomsrl.it

Per tutto quanto non compreso nel presente bando, dovrà farsi riferimento alla normativa contrattuale vigente.

Ponderano, 25 Agosto 2022

Il Presidente
Dott. Claudio Sasso



Informativa ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 14 del GDPR UE 2016/679, relativi alla tutela del trattamento dei dati personali, per i partecipanti a concorsi e selezioni

La presente informativa, resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 – *General Data Protection Regulation*, è destinata a coloro i quali presentano istanza di partecipazione a concorsi e selezioni indetti dall'*Azienda Sanitaria Locale di Biella* (in seguito "ASL di Biella").

1. Titolare del trattamento

Titolare del trattamento è l'*ASL di Biella*, con sede in *Via dei Ponderanesi, 2 – 13875, Ponderano*, tel.: *015-15151*, fax: *015-15153545*, PEC: ufficio.protocollo@cert.aslbi.piemonte.it, sito internet: www.aslbi.piemonte.it, P.I./Cod. Fisc.: *01810260024*.

2. Responsabile della protezione dati (RPD o DPO)

Il Responsabile per la Protezione dei Dati (RPD/DPO) designato dal Titolare del trattamento è *SLALOM consulting s.r.l.*, contattabile all'indirizzo e-mail: dpo@slalomsrl.it.

3. Tipologia dei dati raccolti

L'*ASL di Biella* tratta i dati personali presenti nella domanda di partecipazione e/o eventualmente comunicati dai candidati/partecipanti con documentazione integrativa dell'istanza o contenuti nei documenti ricevuti da altre pubbliche amministrazioni:

- a) **dati personali comuni**: nome, cognome, luogo e data di nascita, residenza, codice fiscale, documento di riconoscimento, dati di contatto, titoli di studio e di servizio, iscrizione nelle liste elettorali, informazioni inerenti il nucleo familiare, etc;
- b) **categorie particolari di dati personali**: eventuali disabilità, anche solo temporanee, etc.;
- c) **dati giudiziari**: eventuali condanne penali, iscrizione nel casellario giudiziale, etc.

4. Finalità del trattamento

Il trattamento dei dati personali forniti dai candidati/partecipanti è finalizzato unicamente all'espletamento ed alla gestione della procedura concorsuale o selettiva (ivi inclusa la pubblicazione della graduatoria) e, in particolare a:

- valutare la sussistenza dei requisiti richiesti per la partecipazione ed il possesso dei titoli;
- verificare l'assenza di cause ostative alla partecipazione;
- accertare l'esistenza di eventuali disabilità per il riconoscimento di eventuali agevolazioni.

5. Base giuridica del trattamento

Le basi giuridiche che giustificano il trattamento sono:

- **art. 6, par. 1, lett. c) GDPR**, adempimento di un obbligo legale al quale è soggetto il Titolare del trattamento;
- **art. 6, par. 1 lett. e) GDPR**, esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il Titolare del trattamento;
- **art. 9, par. 1, lett. g) GDPR**, sussistenza di motivi di interesse pubblico rilevante [...].

6. Modalità di trattamento

I dati personali sono trattati per le finalità esposte, secondo i principi di liceità, correttezza, trasparenza, limitazione delle finalità, minimizzazione ed esattezza dei dati di cui all'art 5 del GDPR in forma cartacea ed automatizzata. La disponibilità, la gestione, l'accesso, la conservazione e la fruibilità dei dati è garantita dall'adozione di misure tecniche ed organizzative per assicurare adeguati livelli di sicurezza ai sensi degli artt. 25 e 32 del GDPR.

7. Natura del conferimento dei dati

Il conferimento dei dati personali richiesti è obbligatorio. L'eventuale rifiuto a fornirli, anche solo parzialmente implica, pertanto, l'impossibilità di prendere parte alla procedura concorsuale o selettiva.

8. Destinatari o categorie di destinatari dei dati personali

I dati personali sono utilizzati e comunicati in modo adeguato e corretto a soggetti destinatari interni e/o esterni all'organizzazione del Titolare. A tal fine, nello svolgimento della propria attività e per il perseguimento delle finalità previste, il Titolare potrebbe comunicare i dati personali a:

- personale debitamente istruito ed autorizzato dal Titolare che agisce sotto l'autorità del medesimo e nel rispetto del segreto d'ufficio;
- persone fisiche e/o giuridiche, quali Responsabili al trattamento di dati personali ex artt. 28 e 29 GDPR che trattano dati per conto del Titolare, in rapporto contrattuale o convenzionale con il medesimo idoneamente designati e selezionati, altresì, per le garanzie prestate in materia di protezione dei dati personali, ciascuno nei limiti della propria professione e delle funzioni assegnate;
- organismi di controllo, organi della pubblica amministrazione ed enti o autorità che agiscono nella loro qualità di Titolari autonomi del trattamento, a cui sia obbligatorio comunicare i dati personali in forza di disposizioni di Legge o di ordini delle autorità;
- altre autorità pubbliche nel rispetto del Diritto dell'unione e/o dello Stato membro;

autorità di pubblica sicurezza e autorità giudiziaria, nei limiti necessari per svolgere il loro compito istituzionale e/o di interesse pubblico (le suddette autorità nell'ambito di specifica indagine, conformemente al diritto dell'Unione o degli stati membri non sono considerate destinatarie).

I dati personali non sono soggetti a diffusione (intendendosi come tale il darne conoscenza in qualunque modo ad una pluralità di soggetti indeterminati), fatta salva la pubblicazione on-line nella sezione "Amministrazione Trasparente", prevista dalla normativa in materia di trasparenza amministrativa.

9. *Trasferimento dei dati personali*

I dati personali non sono trasferiti in paesi extra-UE. Tuttavia, in caso di un eventuale futuro trasferimento, il trattamento avverrà nel rispetto della normativa, ovvero, secondo una delle modalità consentite dalla Legge vigente, quali:

- trasferimento verso Paesi che offrono garanzie di protezione adeguate;
- adozione di Clausole contrattuali Standard approvate dalla Commissione Europea;
- adozione di Norme vincolanti d'impresa autorizzate dall'Autorità Garante;
- selezione di soggetti aderenti a programmi internazionali per la libera circolazione dei dati (es. EU-USA).

10. *Periodo di conservazione dei dati*

I dati personali sono trattati per la durata necessaria all'espletamento di tutti gli adempimenti di Legge. Taluni dati personali potranno essere conservati oltre il periodo determinato per fini di archiviazione a fini statistici.

11. *Diritti dell'interessato*

I candidati/partecipanti alla procedura concorsuale o selettiva hanno il diritto di ottenere, nei casi previsti:

- l'accesso ai dati personali *ex art. 15 GDPR, diritto di accesso*;
- la rettifica dei dati personali inesatti o l'integrazione di quelli incompleti *ex art. 16 GDPR, diritto di rettifica*;
- la cancellazione dei dati personali *ex art. 17 GDPR, diritto alla cancellazione o diritto all'oblio*;
- la limitazione del trattamento dei dati *ex art. 18 GDPR, diritto di limitazione di trattamento*;
- la comunicazione dei dati personali in formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico *ex art. 20 GDPR, diritto alla portabilità dei dati*;
- la possibilità di opporsi, in qualsiasi momento, al trattamento dei dati personali *ex art. 21 GDPR, diritto di opposizione*.

Per l'esercizio dei diritti, è possibile rivolgersi al Titolare del trattamento con le seguenti modalità:

- raccomandata A/R all'indirizzo: *Via dei Ponderanesi, 2 – 13875, Ponderano*;
- PEC: *ufficio.protocollo@cert.aslbi.piemonte.it*.

In particolare, i diritti sono esercitabili specificando l'oggetto della richiesta, il diritto che si intende esercitare ed allegando la fotocopia di un documento di identità che attesti la legittimità della richiesta.

12. *Proposizione di reclamo e segnalazione al Garante*

L'interessato, ricorrendone i presupposti ha, altresì, il diritto di:

- proporre *reclamo* all'Autorità di controllo dello stato di residenza (*ex art. 77 Reg. n. 679/2016*), secondo le procedure previste dall'art. 142 del D.lgs. n. 196/2003, emendato dal D.lgs. n. 101/2018;
- rivolgere una *segnalazione* all'Autorità di controllo *ex art. 144 D.lgs. n. 101/2018*.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI TURNI DISPONIBILI

Dichiarazione ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445
da presentare unitamente ad una copia di un documento di identità

PUBBLICAZIONE DEL MESE DI _____ ANNO _____

Il Sottoscritto Dott. _____ nato a _____
(prov. _____) Il _____ residente in _____
(prov. _____) via _____
Indirizzo e-mail: _____
Recapiti telefonici _____
Codice Fiscale: _____
NUMERO CODICE ENPAM: _____

COMUNICA

la propria disponibilità per la copertura a tempo INDETERMINATO:

di n. _____ ore settimanali, pubblicate nella branca di _____

A tal fine consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000 e che, inoltre, qualora da controlli effettuati emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere (art. 75 DPR 445/2000)

DICHIARA

- a) di essere in possesso della laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso l'Università degli Studi di _____ il _____
- b) di essere in possesso della laurea in Odontoiatria conseguita presso l'Università degli Studi di _____ il _____
- c) di essere iscritto all'Albo professionale dei medici Chirurghi e odontoiatri presso l'Ordine provinciale di _____ al n. _____ dal _____
- d) di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:
specializzazione in _____ conseguita presso l'Università degli Studi di _____ il _____
specializzazione in _____ conseguita presso l'Università degli Studi di _____ il _____
- e) di non riportare provvedimenti disciplinari in corso
- f) di non trovarsi in stato di quiescenza, ex art. 27 A.C.N attualmente vigente;

DICHIARA

1. di essere titolare di rapporto convenzionale con il S.S.N. **a tempo indeterminato** ai sensi dell'A.C.N. 31.03.2020, art. 21, comma 2 con decorrenza incarico dal _____

- lett. a) (titolare che svolga, in via esclusiva, nell'ambito zonale in cui è pubblicato l'incarico, attività ambulatoriale nella specialità regolamentata dal presente Accordo presso ASL, sedi provinciali INAIL e SASN nell'ambito in cui è pubblicato l'incarico) h. sett.li _____ con il seguente orario:

A.S.L./ENTE (*) _____

- lett. b) (titolare che svolga esclusivamente attività regolamentata dal presente Accordo in diverso ambito zonale della Regione o di altra Regione confinante; titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN della Regione o di altra Regione confinante nell'ambito della stessa regione o regione confinante) h. sett.li _____ con il seguente orario:

A.S.L./ENTE (*) _____

- lett. c) (titolare in ambito zonale di Regione non confinante o presso le sedi provinciali di INAIL e SASN di Regione non confinante, che faccia richiesta di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità nell'ambito di regione non confinante) h. sett.li _____ con il seguente orario:

A.S.L. /ENTE (*) _____

- lett. d) (titolare che svolga esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal presente Accordo in diverse branche che richiede di concentrare in una sola branca il n.° complessivo di ore di incarico) h. sett.li _____ con il seguente orario: _____

ASL/ENTE (*) _____

- lett. e) (titolare che chiede il passaggio in altra branca) h. sett.li _____ con il seguente orario:

A.S.L./ENTE (*) _____

- lett. f) (titolare nello stesso ambito zonale che svolga altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto all'art. 28, comma 1); h. sett.li _____ con il seguente orario:

A.S.L./ENTE (*) _____

- lett. g) (titolare c/o Ministero della Difesa) h. sett.li _____ con il seguente orario:

A.S.L./ENTE (*) _____

- lett. h) (medici specialisti iscritti nelle graduatorie di cui all'art. 19 dell'A.C.N. in vigore nel periodo di pubblicazione degli incarichi)

- lett. i) specialisti in possesso dei requisiti di cui all'art. 19;

- lett. j) medico di medicina generale, medico specialista pediatra di libera scelta, medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale che esprima la propria disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro. Detti sanitari devono essere in possesso del titolo di specializzazione della branca in cui partecipano e matureranno anzianità giuridica a far data dall'incarico di specialista ambulatoriale.

(specificare Azienda, tipo di rapporto e decorrenza _____)

2. rinunciare ai seguenti incarichi: _____

qualora, a seguito della nuova individuazione, il monte orario settimanale dovesse superare il tetto massimo consentito;

3. essere disposto assumendo l'incarico ambulatoriale a rinunciare alle attività incompatibili secondo la normativa vigente.
4. ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 Giugno 2003, n. 196 e s.m.i., di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali per la gestione della presente domanda e di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

(località)

(data)

(firma)

Si allega:

- 1) **autocertificazione informativa**
- 2) **fotocopia su entrambe le facciate di un documento d'identità valido**

(*) indicare con precisione l'amministrazione competente - in particolare se di altra regione- indirizzo completo e telefono;

elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni utili ad accertare la veridicità della dichiarazione prodotta così come previsto all'art.43, c.1, del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, in materia di documentazione amministrativa)

Ai fini delle procedure di cui sopra, per ogni singola lettera dalla a) alla j), con esclusione delle lettere h) e i) l'anzianità riconosciuta ai fini della prelazione costituisce titolo di precedenza; in caso di pari posizione è data precedenza all'anzianità di specializzazione e, successivamente, di laurea ed in subordine alla minore età anagrafica.

Gli aspiranti di cui alla lettera i) sono graduati nell'ordine della minore età anagrafica, dell'anzianità di specializzazione e dell'anzianità di laurea.

Solo in caso di pubblicazione di i turni con capacità professionali specifiche allegare il curriculum vitae e la scheda riassuntiva delle capacità professionali, sotto forma di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà. La stessa deve contenere riferimenti precisi e verificabili rispetto a condizioni oggettive quali: attività specifiche svolte, sedi di effettuazione, riferimenti dei Responsabili di servizio, descrizione del contesto di svolgimento, la durata ed eventuale casistica clinica di pertinenza professionale. La mancata presentazione del curriculum e della scheda riassuntiva delle competenze comporterà l'esclusione dalla partecipazione ai turni con capacità professionali.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI TURNI DISPONIBILI

Dichiarazione ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

da presentare unitamente ad una copia di un documento di identità

PUBBLICAZIONE DEL MESE DI _____ ANNO _____

Il Sottoscritto Dott. _____ nato a _____

(prov. _____) Il _____ residente in _____

(prov. _____) via _____

Indirizzo e-mail: _____

Recapiti telefonici _____

Codice Fiscale: _____

NUMERO CODICE ENPAM: _____

COMUNICA

la propria disponibilità per la copertura a tempo DETERMINATO per mesi 6 (sei):

di n. _____ ore settimanali, pubblicate nella branca di _____

A tal fine consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000 e che, inoltre, qualora da controlli effettuati emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere (art. 75 DPR 445/2000)

DICHIARA

a) di essere in possesso della laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso l'Università degli Studi
di _____ il _____

b) di essere in possesso della laurea in Odontoiatria conseguita presso l'Università degli Studi
di _____ il _____

c) di essere iscritto all'Albo professionale dei medici Chirurghi e odontoiatri presso l'Ordine provinciale
di _____ al n. _____ dal _____

d) di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:
specializzazione in _____ conseguita presso l'Università degli Studi di
_____ il _____
specializzazione in _____ conseguita presso l'Università degli Studi di
_____ il _____

e) di non riportare provvedimenti disciplinari in corso

f) di non trovarsi in stato di quiescenza, ex art. 27 A.C.N attualmente vigente;

DICHIARA

di essere:

- medico specialista iscritto nelle graduatorie di cui all'art. 19 dell'A.C.N. dei Medici Specialisti ambulatoriali del 31/03/2020, valesvoli per l'anno 2022 relative all'ambito zonale provinciale di:

_____ per la branca di _____

- altro specificare _____

1. rinunciare ai seguenti incarichi: _____

qualora, a seguito della nuova individuazione, il monte orario settimanale dovesse superare il tetto massimo consentito;

2. essere disposto assumendo l'incarico ambulatoriale a rinunciare alle attività incompatibili secondo la normativa vigente.
3. ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 Giugno 2003, n. 196 di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali per la gestione della presente domanda e di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

(località)

(data)

(firma)

Si allega:

- 1) autocertificazione informativa
- 2) fotocopia su entrambe le facciate di un documento d'identità valido

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto.....

nato a.....(prov.....)

il.....M_____ F_____

Codice Fiscale.....

Comune di residenza.....(prov.....)

Indirizzo.....n.....Cap.....

DOMICILIO FISCALE (se diverso dalla residenza)

telefono.....

PEC.....e-mail.....

ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R.

DICHIARA

1. di essere / non essere (1) titolare di ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;
2. di essere/non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
3. di esercitare /non esercitare (1) attività, ovvero sia titolare o compartecipe di quote di imprese o società, anche di fatto, che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
4. di svolgere/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta, fatto salvo quanto previsto alla norma finale n. 2;
5. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di cui all'art. 21 e svolga contemporaneamente incarico a tempo determinato di cui all'art. 22;

6. di esercitare/non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale che non adottino le clausole economiche del presente Accordo, che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e che si configuri un conflitto di interessi;

7. di svolgere/non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

8. di fruire/non fruire (1) del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

9. di operare/non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. *(in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività* _____
è consentito esclusivamente lo svolgimento dell'attività istituzionale di cui al presente Accordo e secondo modalità definite a livello regionale;

10. di essere /non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art.8, comma 5, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

11. di essere/non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;

12. di fruire/non fruire (1) di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle quote "A" e "B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM e degli altri enti previdenziali, ove previsto, o che fruiscono dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP) di cui all'art. 54.

13. di avere/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale *(in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata* _____);

14. di essere/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei _____ di _____.
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): _____;

15. di avere/non avere (1) riportato condanne penali e di avere/non avere (1) procedimenti penali pendenti;

16. di percepire/non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale *(in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta* _____
_____ *e la misura dell'indennità percepita* _____).

di ricoprire, i seguenti incarichi presso:

A.S.L.	N.RO ORE SETT.	TIPO DI INCARICO in qualità di Specialista <u>specificare se a tempo determinato o indeterminato</u>	ORARIO (indicare giorni e orario)

NOTE (3)

altri incarichi:

.....
.....

Data.....Firma per esteso

L'ASLBI con sede legale in Via dei Ponderanesi n. 2 – 13875 Ponderano (BI), PEC: ufficio.protocollo@cert.aslbi.piemonte.it, in qualità di Titolare del trattamento fornisce informazioni ai candidati/interessati con riguardo al trattamento dei dati personali conferiti nell'ambito della partecipazione a selezioni e concorsi pubblici. Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n.679 del 2016 in materia di protezione dei dati personali e in attuazione del D.lgs. 101 del 2018, i dati conferiti (*dati personali comuni: nome, cognome, luogo e data di nascita, residenza, codice fiscale, documento di riconoscimento, dati di contatto, titoli di studio e di servizio, iscrizione nelle liste elettorali, informazioni inerenti il nucleo familiare, etc.; categorie particolari di dati personali: eventuali disabilità, anche solo temporanee, etc. dati giudiziari: eventuali condanne penali, iscrizione nel casellario giudiziale, etc.*) saranno trattati per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri ed esclusivamente per le finalità della presente procedura come meglio dettagliato nell'informativa **"ICP – Informativa per i partecipanti a concorsi e selezioni"**

Il Responsabile per la protezione dei dati personali (RPD) o Data Protection Officer della SLALOM S.R.L. è contattabile all'indirizzo di posta elettronica: dpo@slalomsrl.it

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

Firma apposta alla presenza di _____
con identificazione del dichiarante mediante _____

Il funzionario

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità

(3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.